



### ケアマネジャーの立場から 悔いを残さないためのACP

ACPは難しいと感じていませんか。ケアの視点からみるACPは普段の生活で大切にしていることをもとに家族・ケアチームと語り、共有する行為です。ACPはなぜ必要なのでしょう。あなたが受けるケアや人生の結び方は、あなた自身のものです。たとえ親子であっても話し合いなく他者に委ねるなら、「正しい判断だったのか」長きにわたり心のつかえになるかもしれません。今や長寿社会で医療・ケアは選択可能な時代です。高齢期は自ら準備をして迎える時代になりました。

ある女性(80代後半、肝がん、余命2カ月)のACPの話です。本人は「お風呂に入るのが楽しみ」、「病院は嫌、お父さん(夫)と暮らしたこの家がいい」、「痛いのは嫌」と普段の言葉で語りました。1カ月半が経過、大半の時間は閉眼し会話はなくなり、医師は「あと数日だろう。」と長女に伝えました。長女はケアマネジャーに「お風呂に入れてあげたい。」と希望し、ケアマネジャーはその場で医師に電話で指示を仰ぎました。医師から「お風呂に入れば命が短くなる可能性があるけれど、何かあればサポートしますよ。」との言葉を頂きました。長女にはもはや迷いはありませんでした。ケアマネジャーは、訪問入浴介護事業所(以下「事業所という」)に緊急で対応してほしいことに加え、医師の言葉を伝えました。最期の入浴であることを理解した事業所は、当日の夕方に来てくれました。事業所の看護師は医師と電話で状況を確認し合いました。湯船につかった瞬間、本人はパッチリと目を開き「気持ちいい。」と一言、入浴後にベッドに戻ると、周囲にいる人達をみまわして「ありがとう。」と仰いました。それがご本人の最期の言葉になりました。葬儀を済ませ落ち着いた頃に訪問すると長女は「寂しいけれど悔いはありません。」と仰いました。

自分に置き替えて想像してください。ACPを行わず、「入浴することで命が短くなるかもしれない。」と言われたらどうでしょうか。親しい方の命の判断に直面したとき、迷いを感じない人は少ないでしょう。上記の事例では、本人の「お風呂に入るのが楽しみ」という意向を家族・ケアチームが予め共有していたからこそ、互いの状況や心情を理解し合い、迅速に判断、対応できました。たった1回のお風呂、しかしこの方にとって普段の生活を最期まで継続できた喜び、長女にとっては大切な母との思い出、主介護者の責任を果たせたと実感する出来事だったのではないのでしょうか。

石山 麗子



### 訪問診療の医師の立場から 健康寿命とACP

人生100年時代と言われていますが、男性の健康寿命の平均は72歳、女性は75歳であり、平均寿命と比べると人生の後半に約10年間の「健康に支障のある人生」が待っている可能性があります。その期間を如何に健康に生きるかの心がけは、一人ひとりに求められる大事な「自分ごと」です。同時に、要介護状態になった時のことも考えておく必要があるでしょう。どこで誰の世話になってどのように生きていきたいのか、十分な判断能力と行動力があるうちに準備しておく必要があります。一人暮らしの方がエンディングノートにご自分の想いを書き込み本棚にしまい込んだまま、ある日意識を失い救急搬送され自分の意思に沿わない医療が提供されてしまう、といったことがないよう、ご家族や友人、医療・介護関係者に想いを伝えておくことが重要です。また想いは変わります。今後受けたい医療やケア、あるいは受けたくない医療やケア、ご自分が意思を伝えられなくなったときに代弁してほしい人、暮らし続けたい場所などについて繰り返し話し合っておくことが重要です。

われわれかかりつけ医は皆様の想いに寄り添えるような医療を目指しています。ACPを行うにあたっては、まず健康や病状についての現状と見通し、望まれる療養場所で提供できる医療や困難な医療、などについてお話しし、想いを形成する上でのアドバイスをさせていただきます。終末期の病状に関する情報提供は医療者、ご本人・ご家族の双方が神経を使う場面なので、できるだけ時間をかけて少人数で行います。その内容についてはご本人・ご家族の了承を得た上で、ご本人の支援に携わっている医療、介護、福祉の関係者と共有させていただきます。

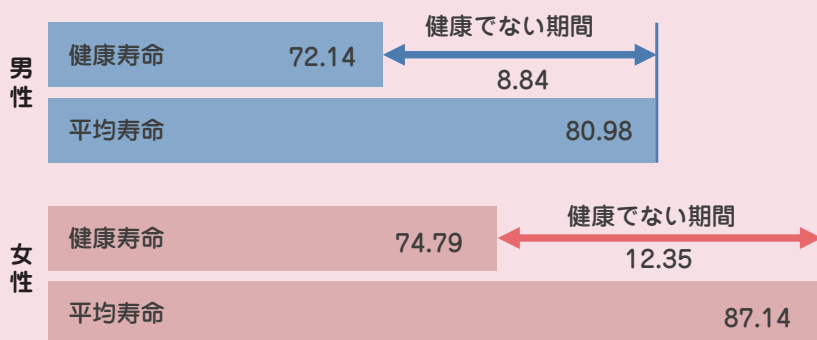
以後、健康状態の変化などに合わせて都度行われる関係者間の相談の場においては、統一された方向性のもとに具体的な支援計画を作り、この作業をご本人を中心として随時繰り返し行います。特に認知症のある方の意思決定を支援する場合は、認知症があってもご本人の意思を最優先した支援を行えるよう、ご家族や関係者一同が努めねばなりません。大切なのは、ACPという過程によって導かれる、自己責任に基づいた自己選択の実現です。伴走するわれわれ医療・介護関係者は、全力で皆様の想いに伴走しますので、安心して想いを伝えてください。

西田 伸一

### 参考

### 健康寿命について

健康寿命とは、健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間のことです。平均寿命と健康寿命の差は、日常生活に制限のある「健康でない期間」を意味し、この期間は誰にでも訪れるものです。厚生労働省の調査によると、この期間は、2016年時点で、男性8.84年、女性12.35年でした。



「厚生労働白書」(令和2年版)をもとに作成



### 病院の医師の立場から 50歳過ぎたらACP

自分が人生の最終段階を迎えた際に、どのような医療を受けたいか(受けたくないか)という問いに対して、「そうなった時に考えたい」と答える人が多いかと思えます。その状況になることにより、現実的な人生計画を立てられるという意味では理想的といってもよいでしょう。しかし、急性期病院の医師という立場でお話しさせてもらいますと、この「そうなった時に考える」が得られず答えに難渋してしまっただ場面も何度か経験してきました。

人生の最終段階が年齢や疾病とともに徐々に進行していよいよ近くなってきたという流れであれば、本人もそのご家族も医療者も考える時間や対話をする時間をたっぷり持つことができます。慢性の病気・認知症・老衰はこの経過をたどることが多く、「病気によって、身体の機能が低下していく過程は異なります」で図に示させていただきました。③④がそれらに当たります。一方、急性の病気(心筋梗塞、脳卒中、新型コロナウイルス感染症など)やがんは、図の①②に示しますように、症状が急に起こり急速に進行することが知られています。

先ほどまで身の回りのことほとんどすべて自身で行えていた人が、それができなくなるだけでなく意思表示さえままならなくなることが起こりえます。この状態で人生の最終段階を予想に反して迎えざるを得なくなった場合に、最期まで自分らしく生きるための医療の選択は、本人が判断できる状態であればそれに越したことはありませんが、その場で本人に判断してもらうことが難しい場合が少なからずあり、親しい家族などの代理判断者が本人の意向や意思を推定することになります。しかし、たとえば人工呼吸器の使用などは急を要することであり、熟慮している時間がなく本人が望んだ医療が不明のまま施されることを急性期病院の現場では少なからず経験しました。

もしACPに普段から少しでも関心をもっていただけであれば、本人がこれから大事にしたいこと、どんなふうに過ごしたいかを代理判断者とかかりつけ医によって適切な判断がなされることが期待されます。病気になったときに望む医療やケア・望まない医療やケアについて、たとえ今は健康で元気であっても50歳を超えたら、病気になってからではなく考えてみましょう。いざというときにも最期まで自分らしく生きるための転ばぬ先の杖として、ACPについて家族やかかりつけ医と話す機会を作っておきたいものです。

川崎 志保理

## 参考

### 病気によって身体の機能が低下していく過程は異なります

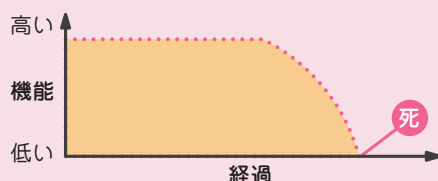
#### ① 急性の病気で亡くなる場合

症状が急に起こり、進みが速い病気の場合、本人の意思表示が難しいまま亡くなることがあります。



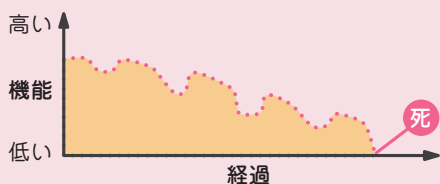
#### ② がんで亡くなる場合

比較的元気な期間が続きますが、亡くなる前に急速に状態が悪くなり、身体の機能も低下します。



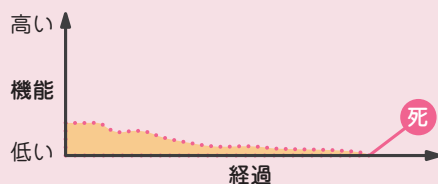
#### ③ 慢性期の病気で亡くなる場合

急な悪化と改善を繰り返しながら、身体の機能が低下していきます。



#### ④ 認知症や老衰で亡くなる場合

少しずつ、身体の機能が低下していきます。



Lynn J, et al. Living well at the end of life: Adapting health care to serious chronic illness in old age. Rand Health; 2003を参考に作成



### 法律家の立場から 「法」と「倫理」とACP

#### 1 同じ社会的規範

法と倫理は、一定の行為を命令または禁止する準則（ルール）である規範の代表的なものです。したがって、法とか倫理を考えると、「…をすべきである」「…をしてはならない」という発想となりがちなのですが、その前に、「…が実現できるように配慮しよう」「…を尊重するためにどうすればいいのか」という観点で考えることが必要だと思います。

#### 2 法的観点から

私たちは、日々何かを決めながら、選択しながら生活をしています。自分で決めることを自己決定といいますが、これは自己決定権として憲法上保護されていると考えられています（根拠は憲法前文や13条が挙げられます）。その中には、自分の生活を決めること、自分に関わる医療を決めることが含まれます。したがって、私たちは、自分が医療内容等を決める権利があることになります。これを規範的に表現すれば、私たちが決める権利があり、決めたことを医療者は守る義務があると表現されます。しかし、自己決定権にもそもそもの限界があり（これを内在的制約といいます。例えば自分の命を積極的に短くするような願いは議論がありますが制限があると考えられています）、また、他者の権利を害したり、社会の福祉に反する場合には制限があります。また、患者が権利を持ち、医療者が義務を負担するという関係は、本来共同的な関係である医療にはそぐわない場合もあります。と考えれば、自己決定権は、「私たちも自分の生活、医療を決めていいのだ」「家族関係者や医療者は患者の意思ができるだけ尊重されるように努力すべきだ」というように読み替えることが必要と考えられます。したがって、共同して自己決定を実現化していくACPのプロセスが大切なのです。



### 3 倫理的観点から

今臨床(医療・介護等の現場のこと)では、倫理的(善いかどうかなどを考える)な観点から問題となる場合が多く生じ、どのように考えればいいかに日々悩むことが多くあります。その際の方法論のうち一つの有力な方法に、倫理的なジレンマを意識して多職種で考えていくというものがありますが、単純化すれば、医療者が患者にとって一番いいこと(最善の利益、わかりやすく言えば、患者にとって GoodでBadでないこと)を考え、患者に説明し、患者がこれを納得し求める(患者の意思の尊重)場合に向けて、調整していくというものがあります。しかし、この場合でも患者の病気等の理由からご自身の意思を表明できない場合があります。その場合でも、事前に意思を表示されたり、ご家族を通じて患者の意思が推測できたりした場合には、その意思をできるだけ尊重することができます。つまり、医療や介護の現場で患者等の意思をできるだけ尊重するためにも、その表れとして、ご自身の希望・期待や意思を話し合い、これを積み上げるACPのプロセスが大切となるのです。

稲葉 一人